Année — 2e série. NUMÉRO 76. — PRIX : 25 CENTIMES. 11 Novembre 1880

PARIS MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

DIRECTEUR

E. BOUCHUT

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
CHEVALIER DES SS. MAURICE ET LAZARE, D'ISABELLE LA CATHOLIQUE,
COMMANDEUR DE CHARLES III.

On s'abonne pour un an, à partir du 1er de chaque mois, rue Antoine-Dubois, 2, chez tous les libraires et dans tous les bureaux de poste.
Paris et départements. **10** fr.
Pour l'Etranger. . . . **15** fr.
le port en plus.

Les mémoires, les lettres, les journaux et les livres peuvent être adressés aux **Bureaux du Journal**, rue Antoine-Dubois, 2, ou chez le Dr **Bouchut**, rue de la Chaussée-d'Antin, 38.

Paraissant tous les Jeudis

Les ouvrages dont il est déposé deux exemplaires au Bureau sont annoncés et analysés s'il y a lieu.

5e Année. — (2e Série.) Numéro 76. 11 Novembre 1880

PARIS MÉDICAL

TRAVAUX ORIGINAUX.

———

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — CLINIQUE DE M. LE Dr BOUCHUT.

Chorée monoplégique. — Contagion nerveuse ou imitation. — Guérison par le traitement moral. — Miracles thérapeutiques.

1170. — A côté des contagions par les miasmes, les virus ou les effluves, éléments matériels difficiles à saisir, et que Linnée considérait comme formés d'*animalcules invisibles*, le mot *bactérie* n'existant pas encore, il y a un autre principe de contagion, c'est celui des maladies nerveuses et morales. Ici la contagion n'est pas moins certaine que dans la variole et le charbon, mais on ne l'a pas encore expliquée par la transmission d'une bactérie hystérique, convulsivante, miaulante, choréique ou monomaniaque. Cela viendra peut-être.

En attendant, nous sommes obligés dans l'explication de la contagion nerveuse, d'admettre l'existence d'une émanation nerveuse des sujets malades agissant sur le sujet sain qui va être contagionné. C'est ce que l'on appelle effluves névrosiques, fluides nerveux agissant à distance, effluve ou fluide magnétique, magnétisme animal, électricité animale, etc.

Maintenant que l'on admet que l'homme agit sur l'aiguille du galvanomètre; qu'un fort aimant agit à distance sur le système nerveux, en trouble ou en rétablit les fonctions, en affole les courants sensibles et moteurs, il n'y a plus rien qu'on ne puisse admettre.

Il y a une contagion nerveuse, cela est certain. Les faits sont là. J'en ai vu beaucoup qui étaient vraiment le résultat de la contagion et non un effet d'imitation ou de simulation.

Comment se passe-t-elle? Je l'ignore. Quel est son agent? Il est à l'heure présente encore inconnu, mais ce n'est pas une raison pour laisser de côté les faits de contagion nerveuse qui se présentent.

Voilà trois faits de chorée monoplégique au même moment, dans mes salles, il faut les étudier.

Observation I. — *Monoplégie choréique par imitation.*

Eugénie Houry, au no 59 de la salle Sainte-Catherine, âgée de 14 ans, entrée le 24 mai 1879 pour des névralgies intercostales avec aménorrhée. Elle est à peine pubère.

Traitée de ses névralgies par la *teinture de gelseminum sempervirens*, 20 gouttes par jour, elle était guérie, lorsque, sans cause appréciable, si ce n'est la contagion nerveuse, par imitation des mouvements choréiques observés sur huit fillettes ses voisines, atteintes de chorée, elle a été prise de mouvements choréiques dans l'épaule, la langue et le membre supérieur droit.

A chaque instant son épaule s'enlève près de la joue, et se rapproche en avant, en même temps que s'élève le bras et que la main droite se porte vers l'aisselle gauche, les doigts de cette main étant agités aussi de mouvements involontaires.

Avec cette chorée partielle, monoplégique droite, existe une chorée de la langue, qui, par les génio-glosses est chassée de la bouche, de telle sorte qu'elle tire et rentre la langue à chaque instant sans arriver à se la mordre. Elle parle sans difficulté, n'a pas de grimaces du visage, pas de mouvements choréiques du membre inférieur droit, ni d'agitation dans le côté gauche du corps.

Pas de douleurs de tête. Aucun trouble visuel ou sensoriel. La sensibilité tactile est parfaite et il n'y a pas d'autre altération de la santé.

Cette chorée dure encore aujourd'hui, à peine modifiée, et elle date de près de six mois.

Obs. II. — *Monoplégie choréique par contagion.*

X...., âgée de 11 ans, entrée le 18 mars 1879 au no 24 de la salle Sainte-Catherine, pour des symptômes d'embarras gastrique et des lombrics.

Elle est formée depuis deux mois. Trois jours après son entrée elle a rendu un ascaride.

Le 9 au soir, une compagne de salle, no 59, affectée de monoplégie brachiale droite choréique avec propulsion de la langue, vint causer près de son lit et resta quelque temps près d'elle. Dans la nuit, elle fut prise de mouvements choréiques très violents dans le bras droit, et ces mouvements étaient presque semblables à ceux de la malade du no 59.

Avec des injections de chlorhydrate de morphine (1 centigramme) sur le côté droit du cou, au niveau du plexus brachial, elle guérit en quelques jours.

Obs. III. — *Chorée monoplégique par imitation.*

Raynaud, âgée de 13 ans, entrée le 15 décembre 1879 au no 18 de Sainte-Catherine, pour de la gastralgie et de l'eczéma du cuir chevelu. Traitée par la pommade au goudron, elle était guérie et on la changea de lit. Elle fut placée au no 158, lit voisin d'un malade ayant une chorée monoplégique droite, dont elle n'était séparée que par la ruelle du lit.

Au bout d'un jour son bras gauche commença à s'agiter, et au bout de 48 heures l'épaule et le bras seuls sautillaient, sans cesse agités par de violentes secousses convulsives, de nature choréique. Il n'y avait rien à droite ni dans les membres inférieurs et aucune altération de la sensibilité. Pas de céphalalgie ni de troubles visuels, ni de crises nerveuses habituelles. En un mot, l'enfant a été prise de cette chorée partielle, limitée au bras gauche,

d'une façon subite pour avoir couché à un mètre de distance d'une autre enfant affectée de maladie semblable.

En présence de cette contagion nerveuse, ou de ce phénomène d'imitation, je n'ai pas voulu employer de médicament. Il m'a semblé que cette maladie de cause morale devait être traitée par une influence morale.

Alors, en présence des auditeurs de ma clinique, je dis tout haut que les maladies de ce genre ne guérissaient que par la cautérisation au fer rouge, de façon à produire une violente douleur, et que l'opération s'exécuterait le lendemain. L'enfant, terrifiée, pleura une partie de la journée ; le lendemain, elle remuait moins. Je fis grâce, et le surlendemain, sortie le 23 novembre, elle était guérie; la guérison fut définitive.

Ces trois cas de chorée singulière, limitée à un seul et même membre, sont très intéressants. En effet, on voit très fréquemment la chorée générale, la chorée hémiplégique, mais la chorée monoplégique presque jamais. A cet égard et en dehors de toute autre considération, ces faits sont très curieux.

Mais il y en a plus, la contagion nerveuse évidente comme cause de développement.

Cela peut sembler extraordinaire à ceux qui n'ont pas une grande expérience des choses de la médecine. Pour moi cela n'a rien de surprenant, et ce sujet de *la contagion ou de l'imitation dans la production et dans la guérison des maladies* a toujours préoccupé ma pensée. J'en ai fait l'objet il y a vingt ans d'un mémoire sur la contagion nerveuse, et il est traité à la fois dans ma *Pathologie générale*, (3e édition, p. 169), et dans l'introduction de notre *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*.

Je crois qu'il est de nature à vous intéresser et je saisis volontiers l'occasion qui se présente d'en parler devant vous.

Montaigne a dit : « La vue des angoisses d'aultruy m'angoisse matériellement, et un tousseur continuel irrite mon poulmon et mon gosier. ». Il exprimait en ces termes un fait bien commun, qu'on observe tous les jours. Quelques personnes bâillent, vomissent, rient, éprouvent le besoin d'uriner, en présence de personnes qui urinent, qui vomissent ou qui bâillent. Il y a des femmes qui assistent d'autres femmes en travail d'accouchement, et au moment des douleurs expultrices, elles se trouvent prises de contractions spasmodiques utérines, comme si un travail d'accouchement s'opérait chez elles. La voix se modifie et change par les relations continuelles avec les gens qui ont la voix douce, traînante, rude ou dénaturée par un accent. Il y a des voix particulières aux familles, comme il y a des voix particulières aux différents peuples et dans les différentes localités d'un même pays. Une foule de maladies nerveuses, convulsives ou autres, se propagent par la vue et le voisinage de ces maladies sur autrui. Il y a dans tous ces faits physiologiques et pathologiques un principe général d'étiologie différent du principe des impressions physiques, morales, effluviques, virulentes ou miasmatiques, et qu'il faut isoler. Bien différent du principe des impressions morales, qui modifie les fonctions nerveuses et organiques de façon à produire des effets morbides indéterminés sous l'influence de la même cause, celui dont je parle produit toujours des troubles semblables à ceux de la cause morbifique. Le vomissement chez l'un détermine la nausée chez l'autre, la quinte de coqueluche une quinte de toux de coqueluche, l'attaque hystérique un accès d'hystérie, etc. Il y a ici une spécificité d'action nerveuse dont l'impression reproduit ailleurs la même maladie et la même cause morbifique, exactement comme cela se passe dans le cas d'impression miasmatique ou virulente.

Ce principe d'étiologie n'est pas celui des impressions morales ; il n'est pas davantage celui des impressions virulentes ou des impressions miasmatiques. Qui voudrait attribuer à une impression morale ou à l'*imitation* (acte volontaire), l'accès de coqueluche qui se développe sur un enfant, lorsqu'un autre enfant tousse en coqueluche à côté de lui ? Qui voudrait davantage considérer comme virulentes les attaques d'hystérie, la monomanie suicide des invalides, l'épidémie extraordinaire observée sur ces soldats qui se coupaient le pouce, la chorée, les convulsions du cimetière Saint-Médard, etc. ? Personne assurément. A propos de tous ces faits particuliers, on a dit qu'ils étaient produits par l'imitation. Je comprendrais qu'il en fût ainsi pour des actes volontaires ; mais n'a pas de convulsions qui veut, car sans cela il suffirait aussi de ne pas les vouloir pour se débarrasser de celles qui constituent l'épilepsie, la chorée, la contracture, etc. Or, chacun sait que cela est impossible. L'imitation est une faculté de l'intelligence soumise à l'empire de la volonté, à l'aide de laquelle on reproduit volontairement les actes d'autrui. Quand involontairement on imite une maladie, parce qu'on en a été le témoin, ce n'est pas de l'imitation ; sans cela on pourrait dire que celui qui a la scarlatine ou la variole, ou la diphthérite, après avoir approché une personne atteinte de l'une ou de l'autre de ces maladies, fait de l'imitation. C'est une transmission à l'aide d'un principe morbifique. Je n'appelle imitation que la contrefaçon volontaire des actes d'autrui. L'imitation involontaire de ces maladies n'est pas de l'imitation, je viens de le prouver. Elle a une autre origine : virulente, miasmatique pour certaines maladies humorales, elle est différente pour les maladies nerveuses et pour les maladies convulsives. Il est évident qu'il y a dans ces cas un principe morbifique insaisissable, agent inpondérable ou volatil, dont l'action sur une personne bien portante reproduit l'affection nerveuse et convulsive. Quel est ce principe, je l'ignore ; mais son existence est démontrée par les effets qu'il engendre. Ne sachant quel nom lui donner, puisque ce n'est pas de l'*imitation*, j'ai pensé qu'en raison de sa nature nerveuse et de la rapidité de sa transmission, il convenait de le rapprocher du principe des névroses, et de le considérer comme une émanation névrosique.

En conséquence, j'ai désigné ces causes sous le nom d'*impressions névrosiques*. (*Path. générale*, 3e édition, p. 70).

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS. — MÉLANGES.

1171. — Dilatation stomacale et lavage de l'estomac, par le Dr A. Ducluzaux. — La dilatation de l'estomac est une compli-

cation assez fréquente des divers états morbides de l'estomac. Elle est causée par un rétrécissement du canal intestinal, siégeant le plus souvent au pylore, ou par diverses altérations des tuniques de l'estomac, soit qu'elles soient détruites, enflammées ou simplement troublées dans leurs fonctions.

Les symptômes physiques sont les seuls qui soient propres à la dilatation; les symptômes fonctionnels lui étant communs avec les autres affections de l'estomac. Cependant les vomissements présentent quelques particularités. — On y rencontre fréquemment des sarcines.

L'estomac contient toujours une grande quantité de liquide, qui est formé par le catarrhe de la muqueuse stomacale (Gubler); par exosmose des vaisseaux sanguins de l'estomac (Leven); de la transformation anormale de matières hydrocarbonées, et de la sécrétion exagérée de salive (Frerichs).

La dilatation s'accompagne souvent de convulsions cloniques, rarement toniques, revenant par crises. Elles paraissent produites par l'épaississement du sang à la suite des évacuations abondantes de liquide.

Le diagnostic, difficile au début, devient facile lorsque les signes physiques existent.

L'existence d'une tumeur au pylore ne doit pas faire croire nécessairement à un cancer.

La présence ou l'absence de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique retiré de l'estomac au moyen de la pompe (Reinhart), est un moyen insuffisant pour juger de la matière de la dilatation.

Le lavage de l'estomac est la meilleure méthode de traitement. D'une utilité incontestable dans la dilatation simple, il peut être utile dans le cancer. Il agit, en enlevant les matières alimentaires qui gênent l'estomac, en débarrassant l'organe du mucus qu'il contient; peut-être a-t-il une action tonique sur la tunique musculaire de l'estomac.

Les divers accidents qu'on lui a reprochés sont très rares. On fera bien cependant de ne pas l'employer lorsqu'il y a des hématémèses, des convulsions.

L'électricité est utile dans certains cas; le régime est toujours un puissant auxiliaire des divers modes de traitement.

C'est Kussmaul, qui le premier appliqua la pompe au traitement des dyspepsies chroniques et de la dilatation. Il publia une première observation en 1867, et en 1869 il fit paraître un mémoire qui fut inséré en 1870 dans les Archives de médecine. A Tubingue, à Kiel, à Stuttgard ses collègues Niemeyer, Bartels, et Liebmeister employèrent la méthode et en obtinrent de bons résultats; en France, Charcot, Hérard, Bucquoy, Leven furent les premiers à l'employer.

L'appareil dont se sert Kussmaul consiste en une sonde œsophagienne à l'extrémité de laquelle il adaptait primitivement, soit directement soit par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc, une pompe spéciale. Cet appareil a été diversement modifié depuis par les fabricants d'instruments de chirurgie, ce sont les pompes à double effet, aspirantes et foulantes.

On introduit dans l'estomac une sonde œsophagienne qu'on fait communiquer avec un tube en caoutchouc, d'une longueur de 1m,50 à 2m; à l'autre extrémité de ce tube est fixé un entonnoir. On verse de l'eau chaude à la température du corps dans cet entonnoir, tenu à la hauteur de la tête du malade; en vertu de sa pesanteur, le liquide pénètre alors jusque dans l'estomac. Quand il a presque disparu et que le tube est encore plein, on abaisse l'entonnoir, au dessous du niveau de l'estomac. On a ainsi un siphon amorcé dont la petite branche pénètre dans l'estomac, et dont la grande branche se trouve à l'extérieur. Il s'établit alors un courant du côté de la grande branche, et le liquide contenu dans l'estomac s'écoule au dehors, entraînant avec lui les parcelles solides d'aliments. C'est ce siphon que Kussmaul emploie aujourd'hui à Strasbourg.

Ce lavage se fait avec de l'eau, soit avec différentes solutions variant suivant les cas. Bucquoy mélange l'eau de Vichy avec parties égales de lait; Raynaud a employé une solution de nitrate d'argent au 1/500.

Paul Schliep emploie: 1° le bicarbonate de soude, quand il y a dyspepsie acide; 2° le permanganate de potasse, dans la dyspepsie putride; 3° l'acide phénique, quand l'estomac renferme des parasites végétaux; 4° l'acide borique comme désinfectant; 5° la teinture de myrrhe dans la dyspepsie atonique;

L'introduction de la sonde présente quelques difficultés, et il n'est pas inutile de rappeler à ce propos quelques règles qui aideront à les surmonter. Le malade doit être assis de manière que le trajet que la sonde a à parcourir soit le plus droit possible; il doit porter le haut du corps en arrière, la tête renversée en arrière. Il est bon qu'un aide maintienne le malade en appuyant une main entre les deux omoplates, et l'autre sur le front. On introduit la sonde, préablement huilée, avec deux doigts de la main gauche et on la conduit ainsi jusque derrière l'épiglotte; et là on lui fait prendre une courbure à concavité antérieure, de manière que son extrémité ne vienne pas buter contre la colonne vertébrale, tandis que de la main droite on la pousse de haut en bas. Aussitôt qu'elle a pénétré dans l'œsophage, on fait fléchir la tête, pour éviter de comprimer la trachée, ce qui détermine souvent des accès de toux convulsive, qui gênent beaucoup le malade. — Arrivé au cardia, on éprouve une résistance, qui est quelquefois difficile à franchir, et qui occasionne souvent des vomissements entre la sonde et la paroi de l'œsophage. Pour obvier à cet inconvénient, on conseille de remplir préalablement l'appareil dont on se sert, pompe ou siphon, avec de l'eau chaude. Dans cette circonstance, pour que l'eau ne s'écoule pas, on fait comprimer le tube de caoutchouc, par un aide; au moment où on rencontre la résistance du cardia, on laisse libre le tuyau pressé jusque là, ou si on emploie la pompe on presse un peu sur le piston, le courant d'eau qui s'écoule suffit pour faire passer le spasme de l'ouverture, et on pénètre alors facilement dans l'estomac.

La présence de la sonde dans le pharynx et les mouvements qui lui sont imprimés déterminent une sensation très désagréable de chatouillement, et quelquefois de nausées et de vomissements. On évite ces inconvénients en employant un appareil désigné sous le nom de mordeur. C'est un petit cylindre de corne qu'on glisse sur la sonde et que le malade saisit avec les dents. Fixée d'une part au cardia, et de l'autre au niveau des mâchoires, la sonde est alors immobile, et n'occasionne plus les accidents dont nous avons parlé. D'ailleurs au bout de quelque temps, il s'établit une sorte de tolérance, et le malade s'habitue aisément à supporter la sonde.

Le séjour de la sonde dans l'estomac peut devenir cause de divers accidents. — La muqueuse de l'estomac peut venir se heurter contre le bec de la sonde, maintenu immobile par le cardia; il n'est pas rare, en effet de trouver dans l'eau qui sort de l'estomac des stries de sang, provenant sans aucun doute, de petites éraillures de la muqueuse. Ces petites hémorrhagies, qui n'ont d'ailleurs aucune importance, peuvent être facilement évitées si on a soin de n'introduire la sonde qu'après s'être assuré que l'estomac n'est pas vide, et dans le cas contraire, après avoir fait ingérer un peu d'eau. — On devra faire aussi usage de sondes assez flexibles; et on prendra soin de les amollir en les plongeant dans l'eau tiède.

Le plus grand danger consiste dans la possibilité de transpercer la paroi de l'estomac avec la sonde: ce danger est surtout à craindre s'il existe des ulcérations profondes, on peut alors

blesser un gros vaisseau et déterminer une hémorrhagie promptement mortelle. Le cancer donne lieu aux mêmes accidents, la sonde peut pénétrer dans la substance cancéreuse, et donner lieu à une hémorrhagie. Enfin, on s'expose à déchirer les adhérences contractées par l'estomac avec les organes voisins, à la suite d'ulcère. (*Thèse de Paris*, 1880).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

1172 — Académie de Médecine. (2 novembre). — *Traitement des abcès du foie.* — A l'occasion du rapport de M. Rochard, M. Depaul relate un fait qu'il a observé en 1874, sur le paquebot qui le conduisait à Rio-Janeiro.

Parmi les passagers se trouvait un homme affecté d'une maladie du foie pour laquelle il était venu consulter plusieurs chirurgiens de Paris, qui n'avaient pas été tout à fait d'accord sur la nature et le traitement de sa maladie. Il était d'une maigreur extrême, avait une fièvre continue, avec exacerbation le soir. La région du foie était douloureuse, tuméfiée. Appelé en consultation par le chirurgien de l'équipage, M. Depaul constata l'existence d'une tuméfaction profonde avec fluctuation. La tuméfaction augmenta, se compliqua d'œdème local avec rougeur, signe que la collection purulente se portait de plus en plus vers la paroi abdominale. En présence des symptômes graves qui se présentaient, M. Depaul proposa de faire une large incision pour ouvrir l'abcès. Une incision de 4 à 5 centimètres divisa la peau des tissus sous-jacents et arriva à une couche mince, sous laquelle on percevait le pus. Une simple ponction avec le bistouri donna issue à 400 gr. de pus fétide mêlé à de la bile et des fragments de tissu hépatique. L'abcès vidé, on fit des injections détersives avec l'eau de Labarraque, l'eau pure, et cela 5 à 6 fois par jour.

Au bout de cinq à six jours, l'amélioration commença, le malade put prendre des aliments légers, des boissons toniques, etc. Un mois après, le malade était guéri, sans que le pansement de Lister eût été employé.

M. Rochard, tout en acceptant la possibilité de la guérison par les incisions simples, signale cependant l'avantage du pansement de Lister, qui donne lieu à des guérisons plus rapides, sans qu'on soit obligé de provoquer des adhérences du péritoine avec la paroi costo-abdominale, opinion que ne partage pas M. Blot, qui pense que les adhérences ont pu être méconnues, mais qu'elles devaient exister.

De la mesure du discernement en matière criminelle. M. Penard fait une lecture ayant pour but de démontrer ce qu'il y a de délicat dans le rôle de l'expert toutes les fois qu'il est appelé devant les tribunaux pour donner son opinion sur l'état mental de l'inculpé.

Incubation et prophylaxie de la rage. — M. Léon Colin communique une observation de rage qui est remarquable quant à la durée de l'incubation. Le 2 novembre 1874 un sous-officier d'artillerie était mordu par un chien enragé en voulant défendre un de ses camarades qui venait d'être mordu par le même chien. Quatre ans après l'accident, ce sous-officier a été transporté à l'infirmerie de son corps, puis à Vincennes, puis enfin au Val-de-Grâce où il est mort au bout de quelques jours. L'autorité militaire a fait demander à M. Colin la cause de la mort de ce sous officier. Il a fait l'enquête la plus minutieuse et il en est arrivé aux conclusions suivantes : 1° C'est par un chien enragé que ce sous-officier a été mordu en Afrique : son camarade est mort quarante jours après avoir été mordu, et a succombé à la rage. 2° Depuis la morsure, c'est-à-dire depuis cinq ans, il n'avait éprouvé aucun accident, ni symptôme morbide. 3° Il n'y avait aucune présomption d'alcoolisme.

Ce cas d'incubation rabique de cinq ans, est un fait exceptionnel. M. Colin termine en signalant que les cas de rage sont plus fréquents en Afrique qu'en France, et il appelle à ce sujet l'attention de l'autorité supérieure.

1173. — Société de chirurgie (27 octobre et 3 novembre). — *Anévrysme ; traitement par la bande d'Esmarch.* — M. Verneuil fait observer que la méthode de compression par la bande d'Esmarch n'est pas exempte de danger, et il cite deux cas de décès. Dans l'un, on fit deux séances de compression élastique ; il y eut commencement de gangrène et le malade succomba au bout de vingt-sept heures. On trouva à l'autopsie un énorme caillot remplissant la cavité de l'anévrysme et un commencement de phthisie avec de l'aortite. M. Verneuil se demande si dans un cas de complication cardiaque, la compression ne peut pas être dangereuse, en envoyant dans le cœur une grande quantité de sang. Dans le second cas (anévrysme spontané de la tibiale antérieure), une incision, puis une ponction exploratrice avaient donné lieu à deux hémorrhagies ; on fit la compression élastique; il survint de la gangrène des orteils et une pneumonie qui déterminèrent la mort.

La méthode de compression n'est donc pas exempte de dangers.

Corps étrangers dans l'oreille. — M. De Saint-Germain vient d'avoir l'occasion d'extraire de l'oreille d'un enfant un bouton de porcelaine gros et large. L'injection d'eau dans l'oreille n'ayant pas réussi, il parvint à extraire le corps étranger à l'aide d'un crochet à ouvrage qu'il introduisit de manière que la face convexe regardait la partie supérieure du conduit auditif. L'enfant fut endormi.

Rétrécissement de l'intestin grêle. Entérotomie. Mort. — Le 28 septembre entrait à Laënnec, dans le service de M. Nicaise, un malade ayant une petite ulcération du prépuce. Le 10 octobre, douleur dans la région inguinale droite, au niveau de la cicatrice d'une hernie inguinale opérée cinq ans auparavant. Ventre gonflé, selles régulières. Le 11, vomissements; le 17, nouveaux vomissements avec odeur de matières fécales. Lavement purgatif; le 18, purgation avec 30 gr. d'huile de ricin; à midi, selle, nausées, vomissements, dyspnée. Refroidissement des extrémités, faciès grippé, voix éteinte. Le toucher rectal démontre que le rectum est vide. En présence de tous ces signes d'une occlusion intestinale brusque, qui devait être fatalement mortelle, M. Nicaise se décide à pratiquer l'entérotomie par le procédé de Nélaton, en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Malgré toutes les précautions le malade succomba vingt-quatre heures après l'opération. L'autopsie démontra qu'il y avait un rétrécissement 3 mètres 10 du pylore. Au-dessus de la partie rétrécie, il y avait une ampoule contenant des grains de raisins, des os de poulet, des noyaux de prune. C'est sous l'influence du purgatif que les matières alimentaires avaient été poussées dans la partie rétrécie, de manière à l'obstruer. L'administration d'un purgatif peut donc être quelquefois dangereuse, dans les cas de rétrécissement ancien.

Occlusions intestinales; *laparotomie.* — M. Trélat rapporte un fait qu'il a observé récemment avec MM. Curie, Potain, Terrier et Monod. Un homme de 35 ans avait été atteint, à la suite de la guerre de 1870-71, d'une coxalgie rhumatismale qui lui avait laissé une claudication manifeste. Il y a quatre ans cet homme

fut pris d'une crise qui consista en vomissements noirâtres fécaloïdes selon quelques personnes, non fécaloïdes selon lui, avec constipation opiniâtre. Il guérit. Tout récemment, nouvelle crise analogue à la précédente, douleur abdominale, empâtement, vomissements. Du dimanche au jeudi l'amélioration fut complète. Le jeudi soir nouvelle douleur abdominale qui alla en augmentant jusqu'au samedi. C'est alors que M. Trélat fut appelé. Il constata la langue blanche, l'apyrexie, chaleur normale, douleur abdominale modérée, se renouvelant par crises, variant de quelques minutes à une heure: constipation, tympanisme, douleur intense dans la fosse abdominale droite; nulle perception de tumeur, pas de matité localisée; miction régulière; dilatation de l'intestin grêle. La percussion permettait de suivre le colon ascendant, le côlon transverse, mais on ne pouvait limiter le côlon descendant. Le toucher rectal n'indiquait rien. M. Potain appelé en consultation crut à l'existence d'un néoplasme dans le côlon descendant et ayant déjà manifesté sa présence il y a quatre ans. Ce n'était pas l'avis de M. Trélat qui penchait pour l'existence d'un obstacle à l'union du petit et du gros intestin. Le lendemain constipation absolue, douleur intense, vomissements porrcés. Les injections forcées, la faradisation n'eurent aucun résultat. Le surlendemain, M. Trélat aidé de MM. Terrier et Monod, se décida à pratiquer la laparotomie. Le malade fut endormi: incision sur la ligne blanche et contournant l'ombilic ; ponctions capillaires du gros intestin distendu par des gaz. L'abdomen ayant été ouvert avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, la main introduite ne put constater ni tumeur, ni obstacle, ni bride ; mais il y avait un peu de péritonite, sans épaississement, sans adhérence, sans épanchement. En suivant avec la main le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant, M. Trélat rencontra une bride mésentérique au-dessus de laquelle était un infundibulum où pénétrait l'S iliaque. Il dégagea l'anse, la réduisit, ferma la plaie et fit un pansement antiseptique. Le soir le malade urina, rendit des gaz, puis des matières grisâtres et se trouva soulagé.

Après vingt-quatre heures le pouls s'éleva ainsi que la chaleur, et vingt heures après le malade succombait à la péritonite. C'était donc la bride mésenterique qui avait donné lieu à ces accidents. L'opinion de M. Trélat est que l'opération a été faite trop tard et qu'on aurait pu réussir en la pratiquant avant la manifestation de la péritonite. Il pose comme règle que tout individu qui, sans hernie, présente des phénomènes d'étranglements interne doit être opéré sur-le-champ par la laparotomie. On peut pendant quelques heures tenter les injections forcées, la faradisation, mais il ne faut pas attendre longtemps avant d'opérer.

M. Berger commence sur le même sujet une communication qu'il achèvera dans la prochaine séance.

COMPENDIUM DE THÉRAPEUTIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

—

1174. — Traitement de l'asthme. — Le Dr William Pepper a lu, devant la Société médicale de l'état de Philadelphie, un mémoire ayant pour titre: *Quelques remarques pratiques sur le traitement de l'asthme.* Il considère surtout deux éléments dans la maladie : 1° les attaques; 2° la tendance aux paroxysmes existant dans leurs intervalles. Il croit que l'un et l'autre dérivent d'une susceptibilité particulière ou d'une altération momentanée des fibres nerveux qui se rendent aux canaux bronchiques; peut être même d'une lésion des ganglions thoraciques du sympathique. Le facteur principal ou le plus commun des attaques d'asthme, c'est la congestion bronchique; mais les paroxysmes peuvent résulter d'une irritation réflexe, partant du tube digestif et ressembler à ceux de la laryngite spasmodique. On a noté deux états particuliers de la circulation chez les asthmatiques : la pléthore et l'anémie.

Les premiers ont des habitudes sédentaires et font souvent abus d'alcool; ils ont du gonflement du foie, la digestion mauvaise, une urine très colorée, et contenant des urates en excès. Les parois thoraciques ont de la tendance à la surcharge graisseuse. L'action du cœur est pénible, la peau sujette à de brusques changements de température. Si chez de tels sujets il se produit une tendance marquée aux congestions bronchiques, ils auront des attaques répétées d'asthme.

Le catarrhe bronchique prend graduellement un aspect plus visible, l'emphysème vésiculaire survient et les attaques ont lieu pour la moindre cause. Les cas les plus graves appartiennent à ce groupe.

Les malades de la seconde catégorie sont maigres et anémiques et la tendance à la dyspnée paroxystique précède toute affection bronchique, bien que le catarrhe soit assez fréquent. Ces cas peuvent aboutir à la phthisie, mais le plus souvent ils sont suivis d'emphysème, et plus tard d'affections organiques du cœur. Voici les principales médications du traitement : 1° restituer le tonus de la peau et des muscles; 2° combattre le catarrhe gastrique et la congestion du foie ; 3° améliorer la puissance du cœur et de la circulation phériphérique; 4° faire disparaître les conditions morbides de la muqueuse bronchique et l'irritabilité morbide des nerfs qui se rendent au tissu pulmonaire : 5° faire disparaître l'emphysème et la bronchite qui suivent chaque accès d'asthme. Les exercices gymnastiques, les bains, les frictions, les onctions, une hygiène très étendue sont indispensables avec n'importe quel traitement le changement de climat est de la première importance; surtout quand les malades habitent un pays humide. S'il y a de la pléthore abdominale on emploiera les purgatifs salins (eau de Carlsbad ou de Bedford) avec des pilules bleues de temps en temps. Les acides minéraux, la quinine et la strychnine sont souvent indiqués. Dans les cas d'anémie, on donne avec avantage des pilules d'arseniate de strychnine, de digitale et defer. Si le cœur fonctionne mal, des ventouses sèches appliquées, sur la poitrine, rendront de sérieux services. Contre la bronchite subaiguë on donnera des alcalis, de l'iodure de potassium et parfois du sublimé corrosif à petites doses. Le copahu est très utile s'il y a du catarrhe muco-purulent. Le spasme des canaux bronchiques réclame des bromures à petite dose, ou les injections hypodermiques de morphine et d'atropine. Le nitrite d'amyle est un paliatif quelquefois utile. Les inhalations d'acide carbonique et d'iode avec l'appareil de Waldenburg donnent le meilleur mode de gymnastique pulmonaire. On doit les recommander surtout lorsque la capacité vitale est au-dessous de la normale. Quand le paroxysme est réflexe un vomitif léger peut être utile ; mais on doit toujours prêter une grande attention à l'estomac et à ses fonctions. Les cigarettes formées de sédatifs puissants et de nitrate de potasse soulagent très souvent pendant les attaques. L'auteur a obtenu d'excellents résultats de la combinaison suivante :

Bromure d'ammonium.....	3 gr. 50.
Chlorure d'ammonium.....	60 centigr.
Teinture de Lobelia........	5 gr. 50 —
Sirop d'éther composé.....	30 gr.
Sirop d'acacia............	100 gr.

Une cuillerée à bouche dans de l'eau, toutes les heures, durant l'attaque. (*Paris médical*, d'après *Boston med. and sourg. journ. june.* 3, 1880).

1175. — Oxalate de cérium dans la toux des phtisiques.— Le Dr Rob. Cheesman a lu récemment devant la Société de médecine de l'Etat de New-York, un mémoire dans lequel il a discuté la valeur de l'oxalate de cérium (Clark Practitionner vol. XX, p. 276) dans la toux des phthisiques. Il est arrivé aux résultats suivants : 1° L'oxalate de cérium peut être donné à dose de 60 centigrammes ou même davantage 3 fois par jours et cela pendant beaucoup de jours ; 2° le seul symptôme noté est une légère sécheresse de la bouche pendant les premiers jours 3° il est probablement plus actif quand il est pris à sec sur la langue; 4° ses effets ne deviennent bien nets que quand il a été pris pendant 5 ou 6 jours; on en suspend l'usage au bout de ce temps ; 5e dans la toux de la phthisie chronique il est préférable de le prendre le matin à jeun et le soir avant de se mettre au lit, sauf à donner pen-

dant le jour et dans l'intervalle une ou deux doses, celle du début est de 30 centigr. chez les adultes ; 6° Ce médicament agit le plus souvent très bien contre la toux et il peut rendre encore des services sérieux, si, en alternant, on le combine à d'autres; 7° Il ne produit pas de troubles gastriques comme les opiacés et la plupart des autres médicaments dirigés surtout contre la toux. *Paris médical* d'après *The New-Yorkmed- Records Iune* 12, 1880.

1176. — Sur la meilleure manière d'administrer l'acide salicylique.— Le Dr Thomas a rappelé récemment l'attention sur un mode d'administration de l'acide salicylique qui lui a réussi souvent dans beaucoup de cas de rhumatisme articulaire aigu, subaigu ou même chronique. La formule qu'il recommande aurait l'avantage d ne point troubler le système digestif, d'être facile à prendre, de renfermer une dissolution parfaite de l'acide salycilique, d'être tout à fait active. Elle ne produit pas de mauvais effets sur le cœur, et déprime moins que le salicylate de soude.

Voici la formule :

Eau de menthe poivrée....	120 gr.
Acétate de potasse.........	60 —
Acide salicylique...........	15 —
Limonade citronée.........	60 —

Pour préparer on met la potasse et la menthe poivrée dans un mortier de porcelaine, puis on ajoute graduellement l'acide en triturant jusqu'à parfaite solution, et en ajoutant plus tard le sirop. La dose est une cuillerée à bouche toutes les 2, 3 ou 4 heures, ou plus souvent, suivant la violence de l'attaque. Cette dose donne 20 grains d'acide pour 80 grains d'acétate. Chez les malades très robustes dont le rhumatisme n'est pas compliqué, le Dr Thomas donne également des injections de morphine. La convalescence arrive ordinairement au bout de 5 à 6 jours. *Paris médical* d'après *The American Practitioner, may* 1880.

1177. — Des taches vineuses; de leur traitement par les scarifications linéaires.— La tache vineuse *nœvus vascularis planus*, est une affection consistant en une dilatation ou une augmentation de nombre des éléments vasculaires de la peau, altération le plus souvent congénitale ou tout au moins se montrant dans les premières semaines de la vie ; pour cette raison, on l'a appelé aussi « signe maternel, » nœvus maternus. Ces plaques, par leur coloration, rappellent le liquide sanguin; elles peuvent passer par toutes les séries de nuances, depuis le rose le plus pâle jusqu'au violet le plus foncé, soit naturellement, soit sous l'influence de congestions passagères. Les nœvi roses sont ceux dans lesquels les vaisseaux sont moins abondants et plus profondément situés; les nœvi bleus, ceux dans lesquels il y a un plus grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation, surtout dans les couches superficielles du derme : le premier effet des scarifiations est de transformer en rose une tache bleue.

Les taches vineuses sont des angiômes simples, c'est-à-dire des dilatations cylindriques des petits vaisseaux des réseaux périphériques et une néoformation de vaisseaux également cylindriques sans dilatation ampullaire ou sacciforme (Broca, Robin), ni pelotons vasculaires ou granulations de Porta; enfin les capillaires dilatés sont principalement ceux du deuxième ordre, c'est-à-dire ceux qui ont deux tuniques avec deux ordres de noyaux.

Jusqu'en 1835, on abandonna les nœvi materni à eux-mêmes; c'est alors que Pauli (de Landau) et, en France, Cordier, tentèrent, sans grand succès, de rendre à la peau sa couleur naturelle par le tatouage, procédé infidèle qui avait pour but de faire naître une inflammation curative.

Plus tard, on songea à enlever ou détruire directement le nœvus par l'extirpation, la ligature simple ou multiple sous les épingles, la méthode qui s'applique bien plutôt aux tumeurs érectiles qu'aux taches vineuses.

La cautérisation sous toutes ses formes a été employée : cautère actuel, nitrate d'argent, acide nitrique fumant, potasse caustique.— Obernethy a employé aussi sans succès la compression prolongée; son application est loin d'être facile.— Broca et quelques autres chirurgiens ont tenté de provoquer une inflammation adhésive, de transformer la tache sanguine en un type inaccessible au sang: dans ce but, ont été employées la galvano-puncture, les matières irritantes ou coagulantes agissant soit à travers l'épiderme, soit en injections: ainsi la teinture d'iode, les emplâtres stibiés, le perchlorure de fer, le vaccin lui-même a donné de bons résultats.

La plupart de ces procédés sont d'une application très douloureuse, nécessitent l'anesthésie générale et laissent des cicatrices variables mais très réelles, et, dans tous les cas, le chirurgien est par avance dans l'impossibilité d'en apprécier l'épaisseur, la forme et l'étendue: c'est donc s'exposer à remplacer une difformité naturelle par une difformité acquise.

Le traitement par les scarifications linéaires, quoique imparfait, réalise le double avantage de s'appliquer aux taches même très étendues, et de ne laisser après elles aucune cicatrice appréciable. Il ne s'adresse qu'aux taches vineuses proprement dites, mais à toutes et dans toutes les conditions de siège et d'étendue; un mauvais état général est la seule contre-indication.

Voici comment opère M. Vidal: après avoir fait l'anesthésie locale avec l'appareil de Richardson, la peau étant bien tendue au-dessus et au-dessous de la tache, il trace, avec une petite aiguille lozangique de 3 millimètres de diagonale, une série d'incisions droites, parallèles, distantes de 1 millimètre et profondes de 1 millimètre à 1 millimètre et demi, puis une série d'incisions perpendiculaires aux premières et dans les mêmes conditions qu'elles : on a ainsi limité de petits espaces de peau d'un millimètre carré. A-t-on affaire à un nœvus étendu ? on incline, dans une séance suivante, les incisions, de façon à ne laisser aucun point qui n'ait été sectionné.

Le premier effet de ces incisions est d'amener une hémorrhagie qui cache le champ opératoire, mais on évite cet inconvénient en commençant par les parties déclives et en tendant bien la peau ; au besoin, on s'arrêterait un moment pour essuyer avec un linge en tamponnant. L'opération terminée, on essuie la surface scarifiée et on applique rapidement du papier buvard, hémostatique suffisant, qui a l'avantage d'absorber des incisions mêmes le sang qui mettrait obstacle à la réunion par première intention.

L'hémorrhagie arrêtée, on lave la surface avec un pinceau, on réapplique du papier buvard qu'on enlève cinq à dix minutes plus tard.

Les scarifications restent pendant deux ou trois jours, mais huit jours plus tard, lorsque le malade revient, il ne reste pas de traces, la réunion s'est faite par première intention.

Combien faut-il, pour un espace donné, de scarifications? Au bout de six semaines, c'est-à-dire après 6 scarifications, la couleur est moins foncée; mais une amélioration réelle est lente: une tache violette, par exemple, passe par les différentes phases rouge vineux, rouge grenat, cuivrée, rose vif.

Pour un nœvus rose, il faudrait 15 à 20 scarifications, et la peau apparait sans cicatrice appréciable.

C'est en cela que le traitement de M. Vidal est préférable à tous les autres.

Comment se fait la guérison? est-ce par le même procédé que les cicatrices ordinaires ou par une inflammation traumatique modérée? Quoi qu'il en soit, les malades n'ont rien à risquer de ce traitement, et tout à en espérer; il est long, dira-t-on, mais quelle est la femme qui ne saurait mettre le temps et apporter le courage nécessaires pour remédier à un « signe qui nuit à ses charmes. » (Thèse de M. le Dr Colson. 1878. chez Ad. Delahaye).

1178. — Traitement de la dysenterie. — Ipécacuanha opiacé. — Lavements répétés d'eau froide avec addition de glace et de craie pulvérisée. — Le Dr J.-H. Courtemay a étudié récemment la dysenterie des tropiques et la meilleure manière de la traiter. Comme mesure préliminaire il est bon de donner, quand les accidents ne sont pas trop marqués, 15 gr. d'huile de castor avec 10 à 15 millimètres cubes de teinture d'opium. On gardera les malades au repos en interdisant toute nourriture solide ou irritante. Si l'on ne réussit pas, on insistera sur le repos absolu et dans le décubitus dorsal, puis on donnera 1 centigr. ou 15 milligr. de solution sédative d'opium, et 20 minutes après, 1 gr. 80 d'ipécacuanha en poudre dans 30 gr. d'eau ou de sirop d'écorce d'orange. Le malade gardera toujours ce repos; il s'abstiendra de toute espèce de nourriture liquide ou solide, et cela pendant 2 ou 3 heures. Si l'ipécacuanha est vomi immédiatement après qu'il a été administré, on laissera écouler un intervalle de une heure 1/2 et on répètera la dose. Plus tard des doses répétées de 60 centigr. d'ipéca seront données toutes les 6 heures, jusqu'à la convalescence. Lorsque celle-ci est établie, il est bon,

pour éviter les rechutes, que le malade en prenne encore de 30 à 60 centigr. avant de se mettre au lit. Outre cela des lavements de 60 gr. contenant 20 à 25 gouttes de solution sédative d'opium sont d'un excellent effet contre le ténesme, et pour produire le sommeil. Pour ce qui regarde la nourriture le Dr Courtenay n'a jamais vu que l'emploi de l'ipéca produisit un effet nauséeux capable de rendre l'alimentation difficile : naturellement on ne laissera prendre au début que des choses très légères : Thé de bœuf ou de poulet, arrow-root, lait, etc. On ne devra recourir aux stimulants que dans les cas d'affaiblissement extrême et encore faudra-t-il le faire avec beaucoup de précautions.

« Le traitement par l'ipécacuanha est-il spécifique et réussit-il toujours? se demande le Dr Courtenay. Je puis affirmer, d'après ma propre expérience qu'il est heureux dans la plupart des cas, et que parfois même ses effets sont magiques ; je n'ai rencontré que fort peu de cas dans lesquels l'intolérance pour le médicament est restée absolue malgré toutes les précautions prises. Dans ces circonstances, j'ai administré une potion au bismuth et à la soude contenant 5 gouttes de solution sédative d'opium pour chaque dose. Je donnais toutes les 4 heures de la poudre d'ipéca, avec une autre poudre contenant du mercure et de la chaux, et un lavement opiacé pour la nuit. Plusieurs écrivains déclarent que, chez les malades qui ne tolèrent pas l'ipécacuanha, il y a des complications hépatiques. Je n'ai jamais eu affaire à des accidents de ce genre ; cependant je crois que l'intolérance pour l'ipécacuanha aggrave le pronostic de la dysentérie parce qu'elle en rend le traitement beaucoup plus difficile. *Lancet*, *july* 17, 1880 et *Practitioner*, vol. XXV n° 148, p. 286.

Le Dr Michaïlov, qui depuis longtemps traite la dysentérie par les lavements d'eau froide, insiste de nouveau sur les bons effets de cette médication. Il est rare que chez les enfants surtout elle n'arrête pas la maladie au bout de 8 à 10 jours au plus. A chaque lavement on ajoute de la glace et de la craie pilées dans un mortier. Il faut pour un adulte 2 verres du mélange ainsi préparé (la moitié pour les enfants), puis on le place dans un entonnoir de verre et en ajoute de l'eau jusqu'à dilatation. Pour introduire dans l'intestin, on place à l'extrémité de l'entonnoir un tube de caoutchouc que l'on enfonce de 5 centimètres dans le rectum. Il faut pour que l'introduction soit complète de une heure à une heure et demie. Un nouveau lavement est donné au bout de deux heures. *Paris médical* d'après *Meditz Obozpience*, août 1880.

1179. — Action spécifique des injections hypodermiques de sulfate d'atropine dans la sciatique. — Le Dr G.-C. Smythe, professeur de médecine pratique au collège médical d'Indianopolis rapporte les faits suivants :

Obs. I. M. Schultze, allemand, âgé de 31 ans, fut admis à l'infirmerie du comté de Putnam le 15 octobre 1860. Dix-huit mois avant son entrée, il fut pris d'une affection très douloureuse après avoir travaillé assez longtemps à réparer un barrage de moulin ; il crut que c'était du rhumatisme.

La douleur, localisée d'abord en un point limité de la fesse droite s'étendit ensuite à la hanche. Depuis lors, elle n'a jamais complètement cessé. Dans ces derniers temps, pourtant, il y avait des rémittences la nuit, vers 3 heures du matin et des recrudescences à 4 heures de l'après-midi environ. On le traita successivement par la quinine, le fer, l'arsenic, la strychnine, le mercure (jusqu'à salivation), les sangsues, les scarifications, les vésicatoires et le cautère actuel. Au moment de son entrée à l'hôpital, les dernières cautérisations n'étaient pas encore guéries.

Il était faible et émacié, avait l'aspect hagard, indiquant une souffrance prolongée et très vive, P. 110 faible, pas d'appétit, constipation, urine rare et fortement colorée, D. 1022. Douleur très vive sur le trajet du nerf sciatique droit, s'étendant vers le haut jusque dans la région lombaire et descendant jusqu'au genou, sensibilité à la pression derrière le grand trochanter et sur une distance de deux pouces. A 4 heures de l'après-midi, la douleur devenait plus aiguë et prenait le caractère lancinant. Le malade souffre tellement qu'il a souvent manifesté le désir de mourir. Les muscles de la cuisse sont atrophiés et rétractés ; la jambe, fléchie sur la cuisse, forme avec elle un angle de 40° environ.

Il est impossible de ramener la jambe à sa direction normale. Injection sous-cutanée de 5 milligr. de sulfate d'atropine sur le trajet du nerf à 3 heures de l'après-midi. Symptômes d'empoisonnement par la belladone, dilatation des pupilles, troubles de la vision, sécheresse de la gorge, oppression, sensation de constriction autour du front, délire, etc. Ces accidents se prolongèrent jusqu'à 9 heures ; à ce moment le malade revenu à lui n'avait plus de douleur ; elle n'a jamais reparu. L'auteur le revit le lendemain et le trouva, à sa grande surprise, en parfaite santé et se promenant dans la salle ; la contracture musculaire avait complètement disparu et l'articulation du genou avait repris tous ses mouvements, et tout cela dans l'espace de moins de 24 heures. M. Smythe avait voulu donner une dose plus faible et employer au lieu de 5 milligr. 1 milligr. 5. L'instrument dont il s'était servi, défectueux et mal gradué contenait 1 cent. cube 18 millim. au lieu de 59 millim. cubes comme on l'avait supposé ; de plus, par suite d'une erreur du pharmacien, la solution employée avait une force double de celle qu'il avait prescrite.

Obs. II. Daniel Conklin, âgé de 40 ans, charpentier, fut pris le 21 novembre 1867 d'une sciatique gauche à caractère paroxystique, avec exacerbation le soir à 7 heures ; douleur aiguë et lancinante ; rémissions partielles dans l'après-midi. Vive sensibilité à la pression derrière le grand trochanter. 3 jours après la première attaque, à 6 h. 30 du soir, injection de 3 milligr. 1/2 de sulfate d'atropine ; accidents généraux comme dans le cas précédent. Tout disparut avant le matin, excepté le trouble qui ne cessa qu'après 30 heures. Guérison parfaite et permanente.

Obs. III. Henry de Harmouy, âgé de 44 ans, fermier, consulte l'auteur le 20 février 1879. Sciatique depuis 5 mois, ne peut marcher sans l'aide de béquilles depuis 3 mois ; douleur presque continue aggravée surtout par le froid humide ; elle s'étend en bas jusque dans la région du péronés ; les muscles fléchisseurs de la jambe sont atrophiés et contracturés de sorte qu'il y a un léger degré de flexion. Averti des inconvénients immédiats de l'injection d'atropine, il refuse de se soumettre à cette médication, mais voyant qu'au bout de 6 semaines, tous les accidents se sont aggravés, il revient trouver le Dr Smythe résolu cette fois à suivre ses conseils.

31 mars 1879 à 10 heures du matin, injection en arrière du grand trochanter de 3 milligr. d'atropine et de 1 milligr. 8 dans la région péronière. T. 36°8 P. 86, R. 18. A 10 h. 50, les pupilles commencent à se dilater, P. 96, R. 21 T. 37. Midi 15, P. 110 irrégulier, sécheresse prononcée de la gorge ; respiration irrégulière, T. 37,2 délire.

1 heure P. M, P. 121, R. 30, T. 37,3. Malade anxieux, veut retourner chez lui, il a besoin d'être veillé constamment ; même état jusqu'à 2 h. P. M. A ce moment : P. 112, R. 22, T. 37,3 ; moins de délire et d'hallucinations. Les symptômes diminuèrent graduellement jusqu'à 7 heures du soir. Il put se mettre sur son séant et prendre de la nourriture, mais il avait toujours de la paralysie de l'accommodation ; dort bien pendant la nuit ; peut marcher sans ses béquilles à une distance de 1 1/2 mille et depuis lors, la maladie n'a pas reparu.

La température, le pouls et la respiration ont été enregistrés dans ce cas avec grand soin ; on a attiré l'attention sur l'action thermogénique de la belladone ; il y eut en effet dans ce cas une élévation maximum de 8/10e de degré ; élévation qui disparut avec les autres symptômes. C'est là un point sur lequel il est important d'attirer l'attention. Il est prouvé que l'alcool et la quinine, que l'on regardait autrefois comme des agents de calorification, produisent en réalité un effet tout opposé, de sorte que nous n'avons point aujourd'hui de médicament réellement digne de confiance et qui possède une telle action.

Le sulfate d'atropine a été employé par l'auteur et plusieurs de ses confrères dans plus de 50 cas de sciatique et toujours avec succès. Il a réussi là où tous les autres avaient échoué même les injections d'éther préconisées par un praticien éminent de Cincinnati. Si l'emploi de sulfate d'atropine était mieux connu, il serait le plus souvent inutile de recourir à la tension du nerf que M. Smythe qualifie d'opération barbare. Le médicament doit être donné à doses relativement élevées. Si l'on ne va de 2 milligr. 1/2 à 5 milligr., le succès ne sera que partiel, et dans ces conditions il sera difficile de déterminer le malade à s'exposer une seconde fois aux accidents produits par l'atropine, puisqu'il les a subis une première fois sans grand avantage.

On n'emploiera pas ce traitement pour les malades qui pourraient être sous l'influence de l'opium à cause de l'antagonisme très connu de la morphine et de l'atropine. Smythe a traité par l'atropine deux cas de sciatique blennorrhagique sans résultat. Dans un cas on l'administra trois fois, dans un autre deux, on eut les mêmes phénomènes d'intoxication que dans les circonstances ordinaires, mais pas d'effet curatif.

(*Paris médical*, d'après *St-Louis, med. and. surg, Journal*, 1880, t. 38, n° 5, p. 265.

1180. — Traitement local de l'éruption variolique par l'acide phénique. — Le Dr Schwimmer, pour prévenir les traces ultérieures, emploie dans la variole la pâte phéniquée acide de Lister: voici sa formule:

Acide phénique, de.....	4 à 10 gr.
Huile d'olive..........	40 gr.
Craie préparée........	60 gr.

Appliquer sur la face au moyen d'un masque de linge présentant des ouvertures pour le nez, la bouche, les yeux. Des compresses suffisent pour les bras et les mains, laisser en place pendant 12 heures, puis remplacer par une nouvelle préparation. La suppuration dure moins longtemps et a moins d'intensité, tandis que dans les parties du corps laissées libres, le stade de suppuration apparaît du 13e au 15e jour; sur la face, il arrive du 9e au 11e. On enlève en général le masque quand la dessiccation commence. La face devient lisse et absolument exempte de marque dans un temps qui varie de 10 à 14 jours après que la dessiccation est complète. Très souvent il reste de nombreuses taches de pigment qui disparaissent après la dessiccation. (*Paris médical*, d'après *Berl. klin Vochenschr.*, 10 mai 1880.

NOUVELLES.

—Par décret en date du 4 novembre 1880, ont été promus dans le corps de santé de la marine:

Au grade de médecin de première classe: MM. Rochard (E.), Coquiard, Bodet, Vergniaud, Palmade, Clavel, Griès, Danguillecourt, Arnaud, de Béchon, Chéreux, Jenevin et Gueit;

Au grade de médecin de deuxième classe: MM. Hervé, Petit, Chevalier, Fourtoul, Trabaud, Le Quément, Duval, Randon, Gimelli, Jouanne, Sauvaget, Lantier, Le Franc, Pangier, Martin, Mialeret, Peyronnet de Lafonvielle Touchet, Giraud (E.), Machenaud, Couillebault, La Blanchetière, Castellan, Parès, Orgeas, Génébrias de Boissé, Pallardi, Bourdon, Bertrand, Bernard, Giraud (E.-M.), Zimmer, Guilmoto, Narbonne, Mignon, Riou-Kérangal, Bosch, Aubert et Lombard.

Au grade d'aide-médecin: MM. Fras, Bédart, Barrau, Sillard, Bellot, Augier, Bosse, Névot, Chassaigne, de Bonadona, Flandrin, Guirriec, Daliot, Ménier, Borius, Pons, Bourrée, Huas, Vian, Branellec, Amiaud, Dumas, Macé, Bourit, Casiellan (A.-C.), Gauran, Bellemy, Rançon, Jarri, Cassabatie, Salaün, Guérin, Le Gac, Thomas et Laugier;

Au grade de pharmacien de première classe: M. Rouhaud;

Au grade de pharmacien de deuxième classe: MM. Pottier, Reboul, Launois et Rigal;

Au grade d'aide-pharmacien: MM. Poiron, Hugues, Guéguen et Kérébel.

— M. le Dr Blondeau (Alexis-Joseph), inspecteur du service des enfants assistés de la Côte-d'Or, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 30 octobre 1880, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

— M. Schiötz (Hjalmar-Auguste), docteur en médecine, est chargé des fonctions de directeur-adjoint du laboratoire de recherches de l'Ecole pratique des hautes études (3e section), en remplacement de M. le Dr Landolt, démissionnaire.

— M. Fonssagrives, ancien professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire.

— MÉDAILLE D'HONNEUR. — Kocher (Adolphe), externe en médecine à l'hôpital de Mustapha, département d'Alger. A montré un grand dévouement dans l'exercice de ses fonctions. A été atteint de diphthérie compliquée de paralysie laryngienne en soignant un enfant qui avait le croup.

— Rieu (Émile), interne en médecine à l'hôpital de Mustapha. A sauvé un enfant atteint du croup, en pratiquant avec succès l'opération de la trachéotomie. A été atteint à cette occasion d'une angine couenneuse.

— *Mortalité à Paris.* — Population d'après le recensement en 1876: 1,988,806 habitants, y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000. — Du vendredi 29 au jeudi 4 novembre, les décès ont été au nombre de 954. Ils sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 15. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, Croup, 32. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 4. — Méningite (tuberculeuse et aiguë), 36. — Infections puerpérales, 6 — Autres affections épidémiques, 0. — Phthisie pulmonaire, 178 — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon, 25; au sein et mixte, 29 inconnu, 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72; — de l'appareil circulatoire, 67; — de l'appareil respiratoire, 72; — de l'appareil digestif, 40; — de l'appareil génito-urinaire, 21; — de la peau et du tissu lamineux, 7; — des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme: fièvre inflammatoire, 3; fièvre infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 12. — Nombres absolus de la semaine, 954.

Résultats de la semaine précédente: 892.

Lait pour les jeunes enfants. — On trouve au Jardin d'Acclimatation d'excellent lait, apporté à domicile, pour les enfants à la mamelle auxquels on donne le biberon comme supplément.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Asselin et Cie.

La Technique de l'Auscultation pulmonaire à l'usage des étudiants en médecine, par le Dr Ch. Lasègue, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, etc., 1 broc. in-8° avec fig. Prix 1 fr.

Librairie Henry, rue de l'Ecole de médecine 13.

Des applications du téléphone et du microphone à la physiologie et à la clinique par M. Boudet de Paris, 1 vol. in-8., 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr BOUCHUT.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31